

Geschäftsstelle

Deutscher Hospiz- und
Palliativverband e.V.
Aachener Str. 5
10713 Berlin

Stellungnahme
zum Gesetzentwurf
der Bundesregierung für ein
Hospiz- und Palliativgesetz (HPG)

anlässlich der
Anhörung des Gesetzentwurfs
im Gesundheitsausschuss
des Deutschen Bundestags
am 21. September 2015

von:
Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV)
Prof. Dr. Winfried Hardinghaus, Vorstandsvorsitzender

Dr. Birgit Weihrauch, ehem. Vorstandsvorsitzende
Deutscher Hospiz- und Palliativverband (DHPV)
Einzelsachverständige

Berlin
16. September 2015

Sie erreichen uns unter:

Telefon 030 / 8200758-0
Telefax 030 / 8200758-13
info@dhpv.de
www.dhpv.de

Geschäftsführender

Vorstand:

Prof. Dr. Winfried Hardinghaus
Vorstandsvorsitzender
Dr. Anja Schneider
Stellvertr. Vorsitzende
Erich Lange
Stellvertr. Vorsitzender

Amtsgericht Berlin:

VR 27851 B
Gemeinnützigkeit anerkannt
durch das Finanzamt Berlin

Bankverbindung:

Bank für Sozialwirtschaft
Konto 834 00 00
BLZ 370 205 00

IBAN: DE 4337 0205
0000 0834 0000
BIC: BFSWDE33XXX

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland wird ausdrücklich begrüßt als ein wichtiger Schritt, die Strukturen der Hospiz- und Palliativversorgung in wesentlichen Bereichen weiter auszubauen und zu konsolidieren. Mit dem Ziel, "ein flächendeckendes Angebot zu verwirklichen, damit alle Menschen an den Orten, an denen sie ihre letzte Lebensphase verbringen, auch im Sterben gut versorgt und begleitet sind,"¹ greift der Gesetzentwurf wesentliche Aspekte aus der Diskussion im Charta-Prozess und im Forum für die Hospiz- und Palliativversorgung auf.

Positiv bewertet werden insbesondere.

- die Weiterentwicklung der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung im ärztlichen und pflegerischen Bereich,

- die Vernetzung und Koordination der verschiedenen Versorgungsangebote, die Patientenberatung und -information zu Fragen der Versorgung und Begleitung in der letzten Lebensphase,

- grundlegende Fragen der Orientierung stationärer Pflegeeinrichtungen zur Hospizkultur und Palliativversorgung

- Verbesserungen in der Finanzierung ambulanter Hospizdienste und stationärer Hospize sowie in der Finanzierung der Palliativstationen.

Allerdings klammert der Gesetzentwurf bislang den Bereich der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus und Regelungen, die den erhöhten palliativen Pflegeaufwand in stationären Pflegeeinrichtungen berücksichtigen, weitestgehend aus. Ein paar ausdrückliche Hinweise zum Thema Krankenhaus:

Nahezu die Hälfte aller Menschen in Deutschland verstirbt derzeit im Krankenhaus, ganz überwiegend in den verschiedenen Fachabteilungen und Allgemeinstationen außerhalb einer Palliativstation.

¹ Zitat aus dem HPG-Gesetzentwurf der Bundesregierung, A. Problem und Ziel, Seite 1

Ohne ergänzende Regelungen, durch die der Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus gewährleistet und darüber hinaus ermöglicht wird, die allgemeine Palliativversorgung in den Krankenhäusern systematisch zu entwickeln, bliebe für einen großen Teil der in Deutschland Versterbenden der Zugang zur Palliativversorgung in hohem Maße unbefriedigend. Zur Frage der Palliativversorgung im Krankenhaus haben die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Deutsche Hospiz- und Palliativverband (DHPV) in einer gesonderten Stellungnahme vom 2. September 2015 gegenüber dem Interfraktionellen Gesprächskreis Hospiz des Deutschen Bundestags sowie gegenüber dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ausführlich Stellung genommen (www.dhpv.de).

Spezieller Teil

Zu einigen Regelungen/ konkreten Gesetzesänderungen gibt es darüber hinaus Ergänzungs-, oder Änderungsbedarf, zu dem nachfolgend im speziellen Teil wie folgt Stellung genommen wird.

Zu Artikel 1

1. Förderung der ambulanten Hospizdienste gem. § 39 a Abs. 2 SGB V

Die vorgesehenen ergänzenden Regelungen im § 39 a Abs. 2 SGB V werden ausdrücklich begrüßt - sie führen zu einer deutlich verbesserten Förderung ambulanter Hospizdienste und tragen damit den wachsenden Herausforderungen Rechnung, vor die diese gestellt sind.

Darüber hinaus ergeben sich die nachfolgenden

Änderungsvorschläge:

a. Es wird vorgeschlagen, Satz 5 (neu) ff wie folgt zu formulieren:

Die Förderung nach Satz 1 erfolgt durch einen angemessenen Zuschuss zu den notwendigen Personalkosten sowie einen zusätzlichen Zuschuss zu Sach- und Verwaltungskosten. Der Zuschuss zu den Personalkosten bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. Die Ausgaben der Kran-

• **kenkassen für die Förderung nach Satz 1 betragen je Leistungseinheit 11 vom Hundert der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 des Vierten Buches, sie dürfen die zuschussfähigen Personalkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten. Zusätzlich erhält der ambulante Hospizdienst eine Sach- und Verwaltungskostenpauschale, sie darf die zuschussfähigen Sachkosten des Hospizdienstes nicht überschreiten.**

• **Begründung:** Der Satz 6 (neu) in § 39 a Abs. 2 SGB V: Der Zuschuss zu den Personal- und Sachkosten bezieht sich auf Leistungseinheiten, die sich aus dem Verhältnis der Zahl der qualifizierten Ehrenamtlichen zu der Zahl der Sterbebegleitungen bestimmen. würde bei der im HPG-Entwurf vorgesehenen Formulierung bedeuten, dass die Sachkosten nur in Höhe der erbrachten Leistungseinheiten dann erstattet werden, wenn eine Lücke zwischen den erstattungsfähigen Personalkosten und dem Anspruch durch die Leistungseinheiten entsteht.

Damit sind die festen Sach- und Verwaltungskosten wie Miete, Dokumentationskosten, Personalkosten für Verwaltung sowie Fahrtkosten für Ehrenamtliche u. a. für die Dienste nicht planbar und stellen in jedem Fall keine verlässliche zusätzliche Entlastung dar. D. h. die Dienste, die ein optimales Verhältnis von erbrachter Leistung und Personalaufwand (umfasst: Supervision, Vorbereitung und Fortbildung sowie Koordination) vorweisen, können damit keine Sachkosten geltend machen.

b. Es wird vorgeschlagen, den letzten Satz des § 39 a, Abs. 2 SGB V wie folgt zu formulieren:

Dabei ist den besonderen Belangen der Versorgung von Kindern sowie hochbetagter, multimorbider und/ oder an Demenz erkrankter Menschen durch ambulante Hospizdienste ausreichend Rechnung zu tragen .

Begründung: Die Entwicklung von Hospizkultur und Palliativkompetenz in stationären Pflegeeinrichtungen wird mit diesem Gesetzentwurf ausdrücklich intendiert. Die Begleitung hochbetagter, multimorbider und/ oder an Demenz erkrankter Menschen durch ambulante Hospizdienste hat dabei besondere Bedeutung. Daher wird im letzten Satz des

§ 39 a Abs. 2 SGB V eine Ergänzung vorgeschlagen, mit der diese besondere Bedeutung - auch adressiert an die ambulanten Hospizdienste - noch einmal besonders hervorgehoben wird; dies in Entsprechung zu den vorgesehenen Regelungen im Art. 3, §§ 114 und 115 SGB XI dieses Gesetzentwurfs, nach welchen die Mitteilungen über die Zusammenarbeit der stationären Pflegeeinrichtungen mit einem Hospiz- und Palliativnetz gesondert geregelt werden.

2. § 39 b SGB V (neu) - Hospiz- und Palliativberatung durch die Krankenkassen

Dieser neu aufgenommene Rechtsanspruch für die Versicherten wird als ein großer Fortschritt sehr begrüßt. Denn eine bessere Aufklärung und Information aller Versicherten, besonders aber der betroffenen Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen ist eine wichtige Voraussetzung für einen gerechten Zugang zu den hospizlichen und palliativen Versorgungsangeboten. Dazu ergibt sich der folgende

Änderungsvorschlag:

Es sollte im § 39 b SGB V die Möglichkeit geschaffen werden, die Beratung der Versicherten auch auf andere Partner der Hospiz- und Palliativversorgung in der Region zu übertragen. Mit dem regionalen Netzwerk bzw. den Akteuren in der Region ist über die Stelle gemeinsam zu beraten.

Begründung: Im Regierungsentwurf sind gegenüber dem Referentenentwurf Änderungen vorgenommen worden, nach denen die Krankenkassen ihre Aufgaben nur an andere Krankenkassen, deren Verbände oder Arbeitsgemeinschaften übertragen dürfen. Damit ist nun die Übertragung an Leistungserbringer ausgeschlossen (möglich war nach Referentenentwurf die Übertragung auf die in § 35 SGB I genannten Stellen). Es ist bedenklich, dass die Hospiz- und Palliativberatung danach nur durch die Krankenkassen durchgeführt werden darf - trotz ggf. bereits gewachsener Strukturen vor Ort bzw. z. T. bereits existierender Angebote seitens der Hospiz- und Palliativ - Netzwerke und Organisationen. Infrage gestellt wird dadurch sowohl die Neutralität der Beratung, die notwendige Fachkompetenz als auch die Effizienz bei möglichen Doppelstrukturen. Hier

sollte - je nach gewachsenen Strukturen und regionalen Gegebenheiten - eine Übertragung im Konsens mit den Akteuren vor Ort ausdrücklich möglich gemacht werden.

3. § 87 SGB V - Qualifizierte und koordinierte palliativ-medizinische Versorgung im Bundesmantelvertrag

- Die nach diesem Gesetzentwurf im Bundesmantelvertrag zu formulierenden Anforderungen, als Voraussetzung für eine qualifizierte und koordinierte palliativmedizinische Versorgung werden grundsätzlich begrüßt. In Verbindung mit den in Nr. 7 dieses Entwurfs in § 92 Abs. 7 SGB V (häusliche Krankenpflege) vorgesehenen Änderungen bilden sie grundsätzlich eine gute Grundlage für die allgemeine ambulante Palliativversorgung. Es ergeben sich darüber hinaus die folgenden

- **Änderungsvorschläge:**

- a. **Unter Punkt 3) im neuen Absatz 1b des §87 SGB V sollte bei den aufgeführten Anforderungen der Begriff des Netzwerks ausdrücklich in den Gesetzestext aufgenommen werden.**

Begründung: eine gut strukturierte Vernetzungsarbeit ist ohne die Organisation durch Netzwerke nicht denkbar. Der Begriff Netz/Netzwerk wird bislang im Gesetzentwurf selbst nur einmal im Art. 3, §114 SGB XI erwähnt, sonst an weiteren Stellen lediglich in der Begründung.

- b. **Unter Punkt 4) sollte bei den aufgeführten Maßnahmen eine bundesweit einheitliche Datendokumentation zur Sicherung einer einheitlichen und vergleichbaren Qualitätssicherung ausdrücklich vorgegeben werden.**

Begründung: Nur mit einer einheitlichen Datendokumentation kann eine einheitliche und vergleichbare Qualitätssicherung gewährleistet werden; nur dann sind zukünftig auch bessere Erkenntnisse über die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung durch eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung möglich. Daher sollte eine entsprechende Formulierung in den unter Punkt 4 be-

reits ausdrücklich vorgesehenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung ergänzt werden.

- c. **Unter Punkt 4) sollte ferner ausdrücklich ergänzt werden, dass auch den Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist.**

Begründung: da nur ein gemeinsames und abgestimmtes Vorgehen der Vertragspartner des Bundesmantelvertrages im Zusammenwirken mit dem G-BA, der für die Umsetzung der unter Nummer 7) dieses Gesetzentwurfs vorgesehenen Regelungen des § 92, Abs. 7 SGB V verantwortlich ist, zu einem integrativen und kooperativen Ansatz der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung - unter Einbeziehung der ärztlichen und pflegerischen Leistungen sowie aller weiteren Akteure im multiprofessionellen Ansatz - führen wird, sollten auch weitere Akteure, insbesondere auch die Spitzenorganisationen der Hospiz- und Palliativversorgung in die Abstimmung einbezogen bzw. gehört werden.

- d. **Vorgeschlagen wird ergänzend, zum besseren Verständnis den Begriff der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) bei dieser gesetzlichen Regelung zu verwenden.**

Begründung: Statt - zumindest aber in Ergänzung - des Begriffs der qualifizierten und koordinierten palliativ-medizinischen Versorgung sollte an dieser Stelle der Begriff der allgemeinen ambulanten Palliativversorgung (AAPV) auch im Gesetzentwurf selbst eingeführt werden, der heute schon vielfach in Ergänzung zur SAPV - gebräuchlich ist und verwendet wird.

4. § 132d SGB V

4.1 Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Auch diese Regelung zur Einführung einer Schiedsperson ist grundsätzlich zu begrüßen, um Vertragsabschlüsse bei bestehenden Versorgungslücken zu fördern. Ergänzend wird darüber hinaus folgendes vorgeschlagen:

Änderungsvorschläge:

a. In ländlichen, strukturschwachen Regionen sollten ergänzend spezielle Vertragsregelungen für die SAPV ausdrücklich ermöglicht werden

Begründung: solche speziellen Vertragsregelungen für die SAPV, z. B. in Form sog. Satellitenteams, können in ländlichen, unterversorgten Regionen Vertragsabschlüsse fördern.

b. Für die SAPV sollte eine bundesweit einheitliche Datendokumentation durch den Gesetzgeber verpflichtend vorgegeben werden

Begründung: ohne eine gesetzliche Vorgabe erscheint, wie die Erfahrungen zeigen, eine bundesweit einheitliche Datendokumentation in der SAPV nicht erreichbar. Sie ist aber notwendig, um dadurch über bessere Grundlagen für eine vergleichende Qualitätssicherung und Evaluation zu verfügen. Die Entwicklungen in der SAPV und die erreichten Ergebnisse sind acht Jahre nach Einführung der SAPV zwischen den Regionen nicht vergleichbar. Der nun vorgelegte Gesetzesentwurf wäre eine gute Chance, dafür nun die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, um zukünftig Entwicklungen und Ergebnisse der bereits 2007 eingeführten SAPV zwischen den Regionen vergleichbar zu machen.

4.2 Neuer Abs. 3 in § 132 d SGB V (Selektivverträge)

Änderungsvorschlag:

Die Einhaltung der qualitativen Anforderungen gegenüber den ausgehandelten rechtlichen Vorgaben in der AAPV und der SAPV und die Gewährleistung der Teamstruktur in der SAPV sollten auch im Gesetzestext selbst formuliert werden.

Begründung: Selektivverträge in der ambulanten Palliativversorgung werden skeptisch gesehen, da sie grundsätzlich mit einer wettbewerblichen Komponente verbunden und häufig ökonomisch motiviert sind - konträr zu den in der sensiblen

Hospiz- und Palliativversorgung primär zu verfolgenden Zielen. Es muss daher sichergestellt werden, dass wie auch in der Begründung betont, die qualitativen Anforderungen im Vergleich zu den rechtlichen Vorgaben der SAPV (Gesetzesformulierung in den §§ 37 b und 132 d SGB V, Richtlinie des GBA und Empfehlungen des GKV-Spitzenverbands) dadurch nicht abgesenkt werden. In der Begründung S. 31 heißt es dazu u. a., dass wichtig ist, dass eine Teamstruktur gewährleistet ist. Die Gewährleistung der Teamstruktur sollte daher auch im Gesetzestext selbst formuliert werden. Denn die SAPV-Teams sind mit ihrem multi-professionellen Ansatz eine große Errungenschaft bei der Umsetzung des § 37 b SGB V.

5. § 132 g SGB V - Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase

Die mit dieser Regelung neu eingeführte gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase wird grundsätzlich als ein wichtiger Schritt für mehr Selbstbestimmung und Patientenorientierung sehr begrüßt. Da dieser Ansatz im Prinzip für alle Versorgungsbereiche gelten muss, wird die Einführung in den stationären Pflegeeinrichtungen als ein erster Schritt gesehen. Begrüßt werden auch die gegenüber dem Referentenentwurf im neuen § 132 g vorgenommenen Änderungen hinsichtlich der eingeführten Begriffe und die Einbeziehung der Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Darüber hinaus ergeben sich folgende

Änderungsvorschlag:

Die Einführung der gesundheitlichen Versorgungsplanung sollte mit der Vorgabe verbunden werden, diese wissenschaftlich zu evaluieren.

Begründung: Es gibt bisher keinerlei Erfahrungen über die Umsetzung einer solchen gesundheitlichen Versorgungsplanung in stationären Pflegeeinrichtungen. Der Gesetzentwurf selbst sieht dazu verschiedene Herangehensweisen vor. Da sich die Umsetzung dieser neuen Regelung mit vielfältigen Fragen, insbesondere hinsichtlich der Qualität einer solchen gesundheitlichen Versorgungsplanung verbindet, sollte der Gesetzentwurf die Verpflichtung enthalten, diese sorgfältig zu evaluieren.

Zu Artikel 3 - Änderungen des SGB XI, Nrn. 1 4

Es ist richtig und zu begrüßen, dass mit diesem Gesetz eine Erweiterung des Leistungskatalogs in den §§ 28 und 75 SGB XI vorgenommen wird, um zu verdeutlichen, dass Palliativversorgung und Sterbebegleitung heute zentrale Aspekte der Arbeit in stationären Pflegeeinrichtungen sind. Änderungsvorschläge ergeben sich unter zwei Aspekten - zum einen im Hinblick auf das begriffliche Verständnis; zum anderen ist es nicht nur erforderlich, den Leistungskatalog begrifflich anzupassen, sondern auch den damit verbundenen erhöhten Aufwand palliativer Pflege mit in den Blick zu nehmen:

Änderungsvorschläge:

- a. **Bei den vorgesehenen Neuformulierungen in den §§ 28 und 75 SGB XI (Art. 3, Nrn. 1 und 2) sollte vor dem Begriff der Sterbebegleitung der Begriff der Palliativpflege ergänzt werden.**

Begründung: der Begriff der Sterbebegleitung umfasst die notwendigen Leistungen nicht ausreichend - weder hinsichtlich des inhaltlichen Ansatzes noch hinsichtlich der zeitlichen Dimension; es geht dabei nicht ausschließlich um Begleitung, sondern um alle Dimensionen der Palliativversorgung und hospizlichen Begleitung - medizinisch, spirituell, psychisch und sozial. Es geht zum anderen nicht nur um die unmittelbare Sterbephase, sondern die hospizliche Begleitung und Palliativversorgung müssen früher, häufig schon mit oder kurz nach der Aufnahme beginnen. Daher sind stattdessen jeweils die Formulierungen "Palliativpflege und Sterbebegleitung zu ergänzen.

- b. **Der erhöhte palliativpflegerische Aufwand in stationären Pflegeeinrichtungen ist sowohl im SGB XI als auch im SGB V zukünftig ausdrücklich zu berücksichtigen.**

Begründung: Nicht zuletzt mit der durch diesen Gesetzentwurf vorgenommenen Ergänzung des Leistungskatalogs in den §§ 28 und 75 SGB XI ist auch eine erhöhte Leistungserwartung verbunden - sie ergibt sich im Übrigen längst aus der Praxis und aus den in vielen stationären Pflegeeinrichtungen bereits stattfindenden Implemen-

tierungsprozessen von Hospizkultur und Palliativkompetenz. Der erhöhte Pflegeaufwand betrifft vor allem auch den gestiegenen Aufwand medizinischer Behandlungspflege, dem bisher in der stationären Pflege - mit Ausnahme der SAPV - nicht Rechnung getragen wird bzw. der ausschließlich zulasten der Pflegeversicherung und damit im Hinblick auf das Teilleistungssystem der Pflegeversicherung zu Lasten der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen bzw. der Träger der Sozialhilfe geht. In diesem Zusammenhang ist auch hinzuweisen auf die für den ambulanten Bereich mit Nr. 2 (Änderung § 37 Abs. 2 SGB V) und Nummer 7 (Änderung § 92 Abs. 7 SGB V) dieses Gesetzentwurfs vorgesehenen Änderungen, die dem erhöhten Aufwand palliativer Behandlungspflege für den ambulanten Bereich im SGB V Rechnung tragen. Insofern werden Bundestag und Bundesregierung gebeten, Lösungen zu entwickeln, die diesen Aspekten Rechnung tragen und dabei auch die Schnittstellen zwischen den Sozialgesetzbüchern V und XI in den Blick nehmen.

Zu Artikel 4 - Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes

Die mit dieser Regelung vorgesehene Möglichkeit, dass Krankenhäuser zukünftig eigenständig entscheiden können, ob sie über DRG oder über krankenhauses individuell zu vereinbarenden Entgelte abrechnen wollen, wird als ein wichtiger Fortschritt zur Unterstützung der Arbeit von Palliativstationen und als ein Beitrag zur Unterstützung der spezialisierten Palliativversorgung im Krankenhaus begrüßt. Begrüßt wird auch, dass der Regierungsentwurf gegenüber dem Referentenentwurf verpflichtend aufgenommen hat, dass auch für sog. Besondere Einrichtungen als Mindestvoraussetzung gilt, dass diese organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen.

Darüber hinaus ergeben sich folgende

Änderungsvorschläge

- a. **In § 17b Absatz 1 Satz 15 Krankenhausfinanzierungsgesetz sollte die zeitliche Befristung der Ausnahme aus dem DRG-System für Palliativstationen aufgehoben werden, so dass Satz 15 (einschl. Änderung durch das HPG, Art. 4) dann wie folgt lautet: **Besondere Einrichtungen,****

deren Leistungen insbesondere aus medizinischen Gründen, wegen einer Häufung von schwerkranken Patienten oder aus Gründen der Versorgungsstruktur mit den Entgeltkatalogen noch nicht sachgerecht vergütet werden, können zeitlich befristet aus dem Vergütungssystem ausgenommen werden; bei Palliativstationen oder -einheiten, die räumlich und organisatorisch abgegrenzt sind und über mindestens fünf Betten verfügen, ist dies zeitlich unbefristet möglich. Ein schriftlicher Antrag des Krankenhauses ist dafür ausreichend.

Begründung: Bei der vorgesehenen Formulierung würde bei der Herausnahme aus dem DRG-Vergütungssystem die zeitliche Befristung auch für Palliativstationen gelten. Sie sollte entfallen, um den besonderen Anforderungen von Palliativstationen Rechnung zu tragen.

- b. Für Palliativstationen sollten einheitliche, vom Finanzierungssystem unabhängige Kriterien bezogen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die personellen Anforderungen sowie eine bundesweit einheitliche Datendokumentation definiert werden.

Begründung: Die spezialisierte Palliativversorgung im Krankenhaus muss auf hohem qualitativen Niveau erfolgen und darf nicht - in Abhängigkeit vom Finanzierungssystem - mit unterschiedlichen Qualitätsstandards verbunden sein. Außer den beiden Strukturmerkmalen räumlich und organisatorisch abgegrenzt und mindestens fünf Betten sind in der vorgesehenen Regelung keinerlei weitergehende Qualitätsanforderungen an eine Palliativstation als Besondere Einrichtung formuliert. Darüber hinaus aber sollten generell für Palliativstationen, unabhängig von der Art der Finanzierung, Qualitätsanforderungen einschließlich verbindlicher Personalanhaltszahlen entwickelt werden. Dazu wird unter anderem auf die in der S3 Leitlinie für erwachsene Patienten mit Krebserkrankungen bereits erarbeiteten Evidenz basierten Struktur- und Prozessanforderungen hingewiesen. Notwendig erscheint darüber hinaus eine einheitliche Datendokumentation, z. B. durch das Nationale Hospiz-

und Palliativregister, um auch im stationären Bereich zukünftig bessere Erkenntnisse über die Qualität und die Ergebnisse der Versorgung durch eine systematische Evaluation und Versorgungsforschung zu ermöglichen und ggf. auch zur Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Darüber hinausgehender Ergänzungsbedarf für die Palliativversorgung im Krankenhaus:

Der Gesetzentwurf gibt mit der im Krankenhausfinanzierungsgesetz vorgeschlagenen Regelung keine Antwort auf die Frage, wie die quantitativ bedeutsame spezialisierte und allgemeine Palliativversorgung der Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern finanziell und personell verbessert und der Zugang für alle Betroffenen gewährleistet werden soll und kann.

Über die in Art. 4 vorgesehenen Änderungen hinaus sind dazu unter zwei Aspekten ergänzende Regelungen erforderlich:

Zum einen ist der **Zugang zur spezialisierten Palliativversorgung** in Krankenhäusern bislang nicht gewährleistet: lediglich rd. 300 Palliativstationen gibt es derzeit in insgesamt fast 2000 Krankenhäusern. Nur wenige Krankenhäuser verfügen über sog. multiprofessionelle Palliativdienste als Angebot der spezialisierten Versorgung. Damit finden Patientinnen und Patienten, die aus dem ambulanten Bereich, ggf. auch aus einer SAPV-Versorgung heraus in ein Krankenhaus eingewiesen werden, hier häufig keinen Zugang zur spezialisierten Versorgung und damit u. U. schlechtere Voraussetzungen für eine Palliativversorgung vor. Daher sollte - ebenso wie mit der SAPV im ambulanten Bereich und in den Einrichtungen der stationären Pflege - auch im Krankenhaus ein leistungsrechtlicher Anspruch auf spezialisierte Versorgung ausdrücklich geregelt werden. Dazu bedarf es neben Palliativstationen vor allem des Ausbaus und der Finanzierung multiprofessioneller Palliativdienste, in kleineren Krankenhäusern ggf. auch der Schaffung von Kooperationsmöglichkeiten, z. B. mit der SAPV.

Darüber hinaus muss **die allgemeine Palliativversorgung im Sinne der Breitenversorgung** auf den Allgemeinstationen und in den anderen Fachabteilungen in allen Krankenhäusern, in denen regelmäßig Menschen sterben, entwickelt werden. Dies beinhaltet Fragen der Qualifizierung, Fragen der Organisation, Zusammenarbeit und Abläufe innerhalb des Krankenhauses sowie die Vernetzung und Zusammenarbeit mit den ver-

schiedenen Organisationen außerhalb des Krankenhauses, insbesondere auch in den regionalen Netzwerken. Hierfür sind die strukturellen Voraussetzungen in allen Häusern, in denen regelmäßig Patienten sterben, zu gewährleisten, die je nach Größe und Struktur des Krankenhauses zum Beispiel bei einem multiprofessionellen Dienst bzw. bei einer Palliativstation oder bei einem Palliativbeauftragten verankert sind.

Vor diesem Hintergrund bedarf es der folgenden ergänzenden Regelungen:

Gesetzliche Verankerung des Rechts auf Palliativversorgung im Krankenhaus (spezialisiert und allgemein)

Ausweitung des leistungsrechtlichen Anspruchs auf spezialisierte Palliativversorgung über den ambulanten Bereich und den Bereich der stationären Pflegeeinrichtungen (SAPV) hinaus auch für Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.

Die Finanzierung der übergreifenden Aufgaben zur Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung im Krankenhaus ist sicherzustellen. Für diese übergeordneten Aufgaben müssen Strukturen vorgehalten werden, die - je nach Größe und Struktur des Krankenhauses - zum Beispiel bei einem multiprofessionellen Dienst bzw. bei einer Palliativstation oder bei einem Palliativbeauftragten verankert sind.

Die Einrichtung und Finanzierung multiprofessioneller Palliativdienste zur Sicherstellung der spezialisierten Palliativversorgung sowie zur Unterstützung bei der Entwicklung der allgemeinen Palliativversorgung sind zu regeln. Hierzu sind die qualitativen und strukturellen Voraussetzungen, d. h. Kriterien bezogen auf Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die personellen Anforderungen sowie die patientenseitigen Anspruchsvoraussetzungen zu definieren. Die zu fordernde bundesweit einheitliche Datendokumentation (s. oben) würde ebenso für die multiprofessionellen Palliativdienste zu gelten haben.

Begründung:

Zur ausführlichen Begründung wird auf die o. a. gesonderte Stellungnahme von DGP und DHPV zur Palliativversorgung im Krankenhaus vom 2. September 2015 hingewiesen www.dhvp.de.